

## טופס הסכמה לטיפול אורתודונטי – יישור שיניים

שם המטופל:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על הצורך בטיפול אורתודונטי - יישור שיניים בלסת התחתונה/עליונה/שתי הלסתות על פי תכנית הטיפול המפורטת בדף המצורף (להלן "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי מטרות הטיפול והמכשור הכרוך בו, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכויים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, משך הטיפול המשוער והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות – תחושת לחץ, אי נוחות עד כדי פגיעה של הרקמות בפה, רגישות וניידות חולפת של שיניים ונפיחות בחניכיים. כמו כן מובן לי, שכמו בכל טיפול רפואי, קיימים סיכונים וסיכונים אפשריים של הטיפול לרבות ספיגה מסוימת של שורשי השיניים, אבדן חיות של שיניים ורגישות בפרקי הלסת.

הוסבר לי ואני מבין(ה) שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי, יסתבר שיש צורך לשנות את תוכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לרבות שינוי במכשור האורתודונטי ואף הפניה לרופאים מומחים בתחומי הכירורגיה, טיפולי שורש, טיפולי חניכיים וכדומה ואני מודע(ת) לאפשרות זו.

אני נותן(ת) בזאת את הסכמתי מראש לכל שינוי כאמור ומתחייב(ת) לשלם בעדו לפי המחירון שהיה מקובל במרפאה מעת לעת.

עוד ברור לי ואני מבין את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ואו הרופא/ה מטפלת, לרבות שמירה קפדנית על היגיינת חלל הפה והשיניים בייחוד בזמן הטיפול וזאת על מנת למנוע בעיות חניכיים, עששת והיווצרות כתמים על השיניים, שימוש נכון במכשור האורתודונטי, קבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים הנחוצים וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

הוסבר לי שמשך הטיפול והשגת התוצאה המקווה תלויים, בין השאר, בליקוי הסגר הראשוני, בשינויים החלים עקב תהליכי הגדילה ובשיתוף הפעולה של המטופל. גורמים אלו עלולים להשפיע על השגת התוצאה המקווה.

אני נותן(ת) בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה לרבות נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי או חלקו בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המטופל
שם האפוסטרופוס	חתימת ההורה/אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למטופל/ת או לאפוסטרופוס של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא / היא חתם(ה) בפני על ההסכמה לאחר ששוכנעתי שהבין(ה) את הסברי במלואם.

<שם הרופא המטפל>